ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	
HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN Y TRASLADO	X
REGISTRO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN Y TRASLADO	
ATENCION PREHOSPITALARIA	
REGISTRO DE PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD	

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

A. DATOS GENERALES

CONSECUTIVO	HISTORIA CLÍNICA No.	REGISTRO ASISTENCIAL No.	CÓDIGO DEL VEHÍCULO DE EMERGENCIA O AMBULANCIA	TAB		TAM	X	VUM	
258505	52880269		7099						

DIRECCIÓN O NOMENCLATURA DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN	Calle 140 B # 96 - 10

FECHA DE LA ATENCIÓN	14/04/2026		TIPO DE LA ATENCIÓN > TRASLADO PRIMARIO		NOMBRE DESTINO 1: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR	

HORAS DE ATENCIÓN	DESPACHO		LLEGADA		SALIDA ESCENA		LLEGADA DESTINO 1		SALIDA DESTINO 1		DISPONIBLE
	02:15:00		02:22:00		03:02:00		03:32:00		08:00:00		20:00:00
	HH MM		HH MM		HH MM		HH MM		HH MM		HH MM

B. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		EDAD	46	AÑOS	X
	Yeimi	Viviana	Galindo	Galindo				MESES	
								DIAS	

TIPO DE DOCUMENTO > CC		No. de identificación: 52880269	

NACIONALIDAD(PAÍS)	Colombiano		ETNIA > NINGUNA DE LA ANTERIORES		Otro ¿Cuál?:

FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AAAA		GENERO > FEMENINO	Otro ¿Cuál?:		ESTADO CIVIL > UL	Otro ¿Cuál?:
	22/08/1978						

DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 140 B # 96 - 10		OCUPACIÓN	Hogar	NÚMERO TELEFÓNICO	Fijo: No tiene Móvil o celular:No reporta

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE		PARENTESCO		NÚMERO TELEFÓNICO		DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE
Fernando Abraham Pinillos		Pareja sentimental		Fijo: No tiene Celular: 3164325792		Calle 140 B # 96 - 10

	SITIO DE LA ATENCIÓN > VIVIENDA		Otro ¿Cuál? :	
	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD > SUBSIDIADO		Otro ¿Cuál?: Saludtotal	

AUTORIZACIÓN	CÓDIGO:		¿QUIÉN AUTORIZÓ?:		HORA DE NOTIFICACIÓN:
	CRU-187514-26		Andrés Beltrán		HH:MM 14:07:00

B.1 GRUPO DIAGNÓSTICO

GRUPO DIAGNÓSTICO > OTRO		Otro ¿Cuál?: Intento suicida

MOTIVO DE CONSULTA: ""Se tomó una cantidad de pastillas""

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenina con cuadro clínico de aproximadamente treinta minutos de evolución previo al arribo del vehículo de emergencias de presentar intento suicida a través de la ingesta de aproximadamente treinta tabletas de ácido tranexámico. Niega otros traumas u otra sintomatología asociada.

C. EXÁMEN FÍSICO INICIAL Y ANTECEDENTES

I. VALORES SIGNOS VITALES: INICIAL Y CONTROLES

AVDI Inicial	AVDI INICIAL > A	HH:MM 02:23:00	
HORA DE LA MEDICIÓN	02:23:00	N/A	N/A
TA	123/78 m.m.hg	N/A	N/A
FC	77 lpm	N/A	N/A
PULSO	77 ppm	N/A	N/A
FRECUENCIA VENTILATORIA	19 vpm	N/A	N/A
Tº	36 º	N/A	N/A
SAO2%	95 %	N/A	N/A
GLUCOMETRÍA	110 mg/dl	N/A	N/A

II. DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES

1. ALÉRGICOS	NIEGA	
2. QUIRÚRGICOS	NIEGA	
3. PATOLÓGICOS		
4. TÓXICOS	NIEGA	
5. GINECOOBSTÉTRICOS	G: N/A, P: N/A, A: N/A, C: N/A, V: N/A	FUR: N/A
6. PSIQUIÁTRICOS	NIEGA	
7.FARMACOLÓGICOS	NIEGA	

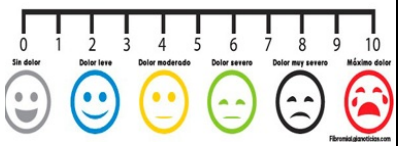
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

M.R.M	M.R.M	M.R.P
MRM > OBEDECE [6]	MRV > ORIENTADO [5]	MRP > EXPONTÁNEA [4]

VALOR TOTAL: 15

ESCALA LAPSS	Normal	BUSQUE ASIMETRÍAS OBVIAS		DER	IZQ
Sonrisa / Gesto	N/A	Cae		N/A	N/A
Fuerza de agarre	N/A	Agarre débil		N/A	N/A
		Sin agarre		N/A	N/A
Debilidad en MMSS	N/A	Se desvia hacia abajo		N/A	N/A
		Cae rápidamente		N/A	N/A
Paciente tiene sólo debilidad unilateral		SI	N/A	NO	N/A

ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR

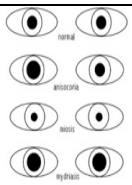


Escala del dolor seleccionada:
0 - SIN DOLOR

RTS - VALOR TOTAL: No aplica			
E.C. GLASGOW	P. Sist.	FR	VALOR
13 -15 N/A	> 89 N/A	10 - 29 N/A	4
9 - 12 N/A	76 -89 N/A	> 29 N/A	3
6 - 8 N/A	50 - 75 N/A	6 - 9 N/A	2
4 - 5 N/A	1 - 49 N/A	1 - 5 N/A	1
3 N/A	0 N/A	0 N/A	0

CRITERIOS DE TAMIZACIÓN LAPSS	Si	No	Desc
Edad > 45 años	No aplica	No aplica	No aplica
Sin historia previa de convulsiones	No aplica	No aplica	No aplica
Inicio de síntomas neurológicos en las ultimas 24 horas	No aplica	No aplica	No aplica
Paciente no usuario de sillas de ruedas o postrado en cama	No aplica	No aplica	No aplica
Glucosa sérica entre: 60 y 400mg/dl	No aplica	No aplica	No aplica

TAMAÑO PUPILAR



3 mm
No aplica
No aplica
No aplica

DIFICULTAD RESPIRATORIA

SIGNOS	Si	No
POLIPNEA		X
TAQUIPNEA		X
TIRAJES		X
CIANOSIS CENTRAL		X
CIANOSIS PERIFÉRICA		X

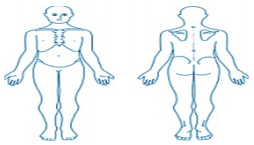
ESTADOS DE CONCIENCIA EN SALUD MENTAL

ESTADO	Si	No
ALTERACIÓN	X	
MANIACO		X
DEPRESIVO	X	
AGITACIÓN PSICO-MOTORA		X
PSICÓTICO		X

FECHA DE LA ATENCIÓN	DD MM AAAA		CÓDIGO DE LA UNIDAD MÓVIL:		HISTORIA CLÍNICA N°: 52880269	
	14/04/2026		7099		REGISTRO ASISTENCIAL N°:	

DESCRIPCIÓN DEL EXÁMEN FÍSICO:Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, orientada, euproséxica, con lenguaje escaso, ánimo depresivo, labilidad emocional, actitud apática, introspección y prospección inciertas, juicio y raciocinio debilitados, hay conservación de la higiene personal, normocéfala, con escleras anictéricas, pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz, mucosas húmedas y rosadas, orofaringe sin lesiones, cuello móvil, simétrico, sin adenopatías, tórax expansible, cardiopulmonar claro y rítmico, sin ruidos sobreagregados, abdomen semigloboso por panículo adiposo, peristalsis presente, blando, depresible, no se palpan masas o megalias, no hay irritación peritoneal, genitourinario no se explora, extremidades eutróficas, sin edemas, no hay déficit motor o sensorial.

Señale el (los) sitio(s) de la(s) lesión(es)



SIN LESIONES

1	HERIDA PENETRANTE	
2	HERIDA CORTANTE	
3	FRACTURA EXPUESTA	
4	FRACTURA CERRADA	
5	CUERPO EXTRAÑO	
6	HEMORRAGIA	
7	MORDEDURA	
8	PICADURA	
9	EXCORIACIÓN	
10	DEFORMIDAD O MASA	
11	HEMATOMA	
12	ERITEMA / INFLAMACIÓN	
13	LUXACIÓN / ESGUINCE	
14	QUEMADURA	Q1° Q2° Q3°

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Diligenciado por Médico) : **X**

- X690 - ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICIÓN A OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS, Y A LOS NO ESPECIFICADOS, OCURRIDOS EN UNA VIVIENDA

.

COMPLEJO SINDROMÁTICO (Diligenciado por: Tecnólogo o Técnico Profesional en Atención Prehospitalaria Auxiliar de Enfermería)

D. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN Y TRASLADO

I. INMOVILIZACIÓN	Si	No
CERVICAL		X
PELVIS		X
MMSS-DER		X
MMSS-IZQ		X
MMII-DER		X
MMII-IZQ		X
COMPLETA		X

II. VARIOS	SI	NO
INFUSIÓN INTRAÓSEA		X
ADITAMENTO EXTRAGLÓTICO		X
INTUBACIÓN OROTRAQUEAL		X
REANIMACIÓN BÁSICA		X
REANIMACIÓN AVANZADA		X

III. OXÍGENO TERAPIA	Si	Lts/mm	No
CANULA NASAL		N/A	X
MÁSCARA SIMPLE		N/A	X
MÁSCARA CON RESERVORIO		N/A	X
MÁSCARA CON VENTURY		N/A	X

IV. ASISTENCIA VENTILATORIA	Si	No
BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA-TUBO (BVM - BVT)		X
VÁLVULA A DEMANDA		X
CRICOTIROIDOTOMÍA		X
VENTILACIÓN MECÁNICA		X

V. ATENCIÓN PARTO EXTRA HOSPITALARIO

SEMANAS DE GESTACIÓN: N/A	FUR N/A		PLACENTA EXPULSADA	SI	NO
				N/A	N/A
OTRA ¿CUÁL? N/A			COMPLETA	N/A	N/A
			INCOMPLETA	N/A	N/A
EXPULSIVO	SI	NO	ESPONTÁNEA	N/A	N/A
	N/A	N/A	ASISTIDA	N/A	N/A

SANGRADO VAGINAL ACTIVO	SI	NO
	N/A	N/A
PLACENTA DISPONIBLE PARA EMBALAJE Y TRANSPORTE	SI	NO
	N/A	N/A

VI. ATENCIÓN PRODUCTO PARTO EXTRA HOSPITALARIO

VIVO	SI	NO
	N/A	N/A

APGAR 01 MINUTO	N/A	APGAR 05 MINUTOS	N/A	APGAR NO EVALUABLE AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN	N/A
TEST SILVERMAN-ANDERSON	GRADO 0	N/A	GRADO 1	N/A	GRADO 2	N/A

E. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS DURANTE LA ATENCIÓN Y TRASLADO

HH:MM	NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	VÍA ADMON

F. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Exámen médico, monitorización contínua no invasiva de signos vitales, canulación de vena periférica, sonda nasogástrica, lavado gástrico, traslado asistencial ambulatorio medicalizado.

TAB: NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO REGULADOR DE URGENCIAS DE TURNO QUE INDICA EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) o TAM: NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO TRIPULANTE DE TURNO QUE INDICA EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S): Ysrael Varticovsky M

G. TRÁMITE CON EL PACIENTE

REQUIERE TRASLADO		ACEPTA TRASLADO		FIRMA DE DECLARACIÓN DE NO ACEPTACIÓN DE TRASLADO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE O TESTIGO	PARENTESCO: Pareja sentimental TESTIGO: **X**
SI	NO	SI	NO	SI	NO	Fernando Abraham Pinillos	FIRMA:
X		**X**		N/A	N/A		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Fernando Abraham Pinillos - pareja sentimental identificado con C.C. Nº 19329096 de Bogotá autorizo a la tripulación del vehículo de emergencias o ambulancia para realizar la evaluación, procedimientos y traslado del paciente Yeimi Viviana Galindo Galindo. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrían ocurrir como consecuencia de la patología base o durante el traslado, de tal manera que admito la realización de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a la patología del paciente. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se me han respondido de manera clara y suficiente.

H. INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) A DONDE FUE TRASLADADO EL PACIENTE

NOMBRE DE LA IPS	SERVICIO		SI	NO	VIVO		EN PARO CARDIO RESPIRATORIO / EN REANIMACIÓN	SI	NO
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR	Urgencias	CRÍTICO		X	SI	NO			X
		NO CRÍTICO	X		X				

I. TRIPULACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	FIRMA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO REGULADOR QUE INDICA EL TRASLADO DEL PACIENTE		HORA RECEPCIÓN PACIENTE POR PARTE DE IPS
Médico(a): YSRAEL VARTICOVSKY MERCADO	1129514965		Andrés Beltrán		14/04/2026 06:03:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA JOHN JAIRO VILLA ALZATE	1073679457		NOMBRES Y APELLIDOS, REGISTRO, PERFIL, CARGO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
Conductor: PAULO CESAR GOMEZ PANTOJA	CC 11320056			Fabian Gomez Médico urgencias 1049622616	

TRÁMITES ADICIONALES	SI	NO	NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN	PERFIL
DILIGENCIAMIENTO PRIMER RESPONDIENTE		X	No aplica	No aplica
AVISO A POLICIA NACIONAL		X	No aplica	No aplica

OBSERVACIONES: Traslado exitoso sin complicaciones.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	N/A
	Si	1	N/A
MEDICAMENTOS	Ninguno	0	N/A
	Tranqulizantes, Sedantes, Diuréticos, Antidepresivos, otros	1	N/A
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0	N/A
	Alteraciones visuales, auditivas	1	N/A
ESTADO MENTAL	Orientado	0	N/A
	Confuso	1	N/A
DEAMBULACIÓN	Normal	0	N/A
	Segura con ayuda, insegura	1	N/A
PUNTAJE OBTENIDO		**N/A**	

PUNTAJE MENOR A 2: RIESGO BAJO
PUNTAJE ENTRE 2 Y 4: RIESGO MEDIO
PUNTAJE MAYOR A 4: RIESGO ALTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

HOJA DE EVOLUCIÓN

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

CONSECUTIVO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	CODIGO DEL VEHICULO DE EMERGENCIA O AMBULANCIA
258505	**Yeimi**	**Viviana**	**Galindo**	**Galindo**	7099

HISTORIA CLINICA No	REGISTRO ASISTENCIAL No
52880269	N/A

FECHA Y HORA	DESCRIPCION DE LA EVOLUCION	NOMBRE, APELLIDOS Y PERFIL DEL RESPONSABLE DE LA EVOLUCION.	FIRMA

Fecha y hora de registro: 14/04/2026 07:21:00

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICO QUIRURGICOS UNIDADES MOVILES (APH)

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

CONSECUTIVO	FECHA DE SOLICITUD		CODIGO MOVIL		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE INCIDENTE CRU	
258505		14/04/2026		7099		TAM		CRU-187514-26

DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE	Yeimi Viviana Galindo Galindo	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	52880269	ASEGURADOR	Saludtotal

DATOS MEDICAMENTO Y/O DISPOTIVOS MEDICOS		
DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO O INSUMO	**CANTIDAD SOLICITADA**	**CANTIDAD DISPENSADA**
MQ1292 - SONDA LEVIN NASOGASTRICA No. 18 UNIDAD	1	
MQ1364 - TIRA PARA GLUCOMETRIA X 25	1	
MQ1366 - ISOPAÑINES X 3 UNIDADES	3	
MQ2947 - JERINGA DESECHABLE DE 20 mL 3 PARTES	1	
MD0172 - SODIO CLORURO 0.9% (9 mg / mL) SOL INY BOLSA 500 mL	1	
MD0422 - LACTATO DE RINGER 500 mL	1	
MQ0329 - CATETER INTRAVENOSO No. 18, CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD	1	
MQ0512 - EQUIPO DE MACROGOTEO	1	

NOMBRE QUIÉN SOLICITA	YSRAEL VARTICOVSKY MERCADO	**No. IDENTIFICACIÓN**	1129514965
CARGO	Médico	**FIRMA**	

NOMBRE QUIÉN RECIBE		**No. IDENTIFICACIÓN**	
CARGO		**FIRMA**	

NOMBRE QUIÉN ENTREGA		**No. IDENTIFICACIÓN**	
CARGO		**FIRMA**	